

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 70

LES FISTULES PYO-STERCORALES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE APRÈS APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Mai 1938

PAR

Robert-Pierre-Émile COUSTOU

Né à Gensac (Gironde), le 26 Décembre 1910

Examinateurs de la Thèse	{	MM. PAPIN, professeur	<i>Président</i>
		JEANNENEY, professeur	<i>Juges</i>
		LOUBAT, agrégé	
		DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 - N° 70

LES FISTULES PYO-STERCORALES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE APRÈS APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Mai 1938

PAR

Robert-Pierre-Émile COUSTOU

Né à Gensac (Gironde), le 26 Décembre 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. PAPIN, professeur	<i>Président</i>
		JEANNENEY, professeur	<i>Juges</i>
		LOUBAT, agrégé	
		DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — ASSESSEUR : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC	Physiologie.....	FABRE
Clinique chirurgicale et gynécologique...	DUPÉRIÉ	Clinique ophtalmologique ..	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	GUYOT	Clinique chirurgicale infan-	ROCHER
Pathologie et thérapeutique générales ..	PAPIN	tile et orthopédie ..	
Clinique d'accouchements ..	CARLES	Clinique médicale des mala-	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDÉRODIAS	dies des enfants	MACHEBŒUF
microscopie clinique	DAMADE	Chimie biologique et médicale.....	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN	Physique médicale et pharmaceutique ...	
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	Médecine coloniale et Clini-	BONNIN
Hygiène	LEURET	que des maladies exotiques	
Médecine légale et dentologie	LANDE	Clinique des maladies cuta-	PETGES
Electroradiologie et clinique		nées et syphilitiques.....	
d'électricité médicale	RÉCHOU	Clinique des maladies des	DUVERGEY
Chimie	CHELLE	voies urinaires.....	ABADIE
Botanique et matière médicale	GOLSE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	
Pharmacie	VITTE	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Zoologie et parasitologie	MANDOUL	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Médecine expérimentale	AUBERTIN	Hydrologie thérapeutique et	
		Climatologie	CREYX
		Clinique odonto-stomatologique.....	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	N... DUFOUR	Chirurgie générale	CHARRIER LOUBAT MASSÉ DARGET N...
Physiologie.....	N...	Obstétrique	RIVIÈRE
	PIECHAUD	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
	DELMAS-MARSALET	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Médecine générale	DE GRAILLY	Dermatologie et syphillogra-	
	FONTAN	phie	JOULIA
	BROUSTET	Physique médicale	N...
	DERVILLEE	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N...
	N...		



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Anatomie.....	J. BEAUVIEUX	Zoologie et parasitologie ...	R. SIGALAS
Physiologie	PETITEAU	Physique médicale et pharmaceutique.....	AURIAC
Médecine opératoire	JEANNENEY	Médecine légale	DERVILLEE
Accouchements	RIVIÈRE	Urologie	DARGET
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET	Botanique	GIRARD
Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)	Bactériologie	MOUREAU
Puériculture	FAUGÈRE	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Pharmacie galénique	MESNARD	Chimie minérale.....	CASTAGNOU
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,
LE DOCTEUR LOUIS COUSTOU

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Puisse son souvenir être toujours notre meilleur
exemple et notre meilleur soutien.

A MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

Bien faible remerciement pour tout ce qu'ils furent
pour moi.

A MA MÈRE,
A MON PÈRE LE DOCTEUR ANDRÉ COUSTOU

Je n'oublierai jamais que c'est à eux que je dois
d'être ce que je suis.

A MA CHÈRE FEMME

Bien faible gage de mon immense amour.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR HENRY COUSTOU
A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

Puissai-je être tel qu'ils auraient voulu leur fils.

A MES AMIS, A TOUS LES MIENS

A MES JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
sincère de notre très grande admiration et
de notre profond respect ainsi que nos
bien vifs remerciements pour la haute
bienveillance qu'il a toujours bien voulu
nous manifester.

LES FISTULES PYO-STERCORALES

DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

APRÈS APPENDICECTOMIE

INTRODUCTION

L'étude des fistules pyo-stercorales de la fosse iliaque droite, en particulier après intervention pour appendicectomie, a fait déjà l'objet de nombreux travaux et de multiples communications. A l'occasion d'une fort belle et très instructive observation recueillie dans le service de M. le Professeur Papin, et qu'il a bien voulu nous faire l'honneur de nous confier, nous voudrions essayer d'apporter ici une fort modeste contribution à cette étude.

Après avoir tracé un bref historique de la question, nous nous efforcerons de préciser l'étiologie de ces fistules pyo-stercorales, c'est-à-dire dans quelles conditions le chirurgien peut s'attendre à les voir apparaître. La notion capitale que nous tâcherons de mettre en lumière à ce propos est la différence essentielle, aussi bien au point de vue pathogénique qu'évolutif, existant entre les fistules que l'on voit apparaître après une intervention pour appendicite banale, et les fistules consécutives aux appendicites tuberculeuses. Nous verrons que ces deux sortes de fistules pyo-stercorales diffèrent totalement. Alors que les premières sont dans l'immense majorité des cas tout à fait bénignes et guérissent pratiquement toutes seules, ou à la suite d'interventions minimales, les secondes sont toujours très graves, n'ont aucune tendance à se tarir spontanément, récidivent perpétuellement, et nécessitent des interventions très importantes, car abandonnées à elles-mêmes elles arrivent à cachectiser rapidement leurs porteurs.

Nous essayerons ensuite d'examiner l'anatomie pathologique de ces fistules, et à ce propos nous verrons s'il est possible au chirurgien de prévoir une fistule :

- 1° Avant l'acte opératoire;
- 2° Pendant l'acte opératoire;
- 3° Aussitôt l'acte opératoire.

Après quoi nous tracerons un bref exposé de l'évolution de ces fistules et verrons quel traitement on peut actuellement leur exposer.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire des perforations de la région iléo-cœcale et en particulier de l'appendice remonte à la plus haute antiquité. De nombreux auteurs se sont inquiétés de voir qu'à la suite soit d'un traumatisme portant sur la région, soit d'une intervention chirurgicale, il se produisait une perforation de la région iléo-cœcale, siégeant souvent au niveau même de l'appendice, et que cette perforation donnait lieu par la suite à des abcès pyo-caséux et à des fistules pyostercorales. De même toute l'histoire de la tuberculose iléo-cœcale et appendiculaire a contribué à préciser la question. Aussi bien à la phase anatomo-clinique où les auteurs se sont inquiétés de la nature des lésions, si variables d'aspect que la tuberculose peut occasionner dans cette région de l'intestin, qu'à la phase médico-chirurgicale où l'affection bien connue dans ses symptômes et ses lésions devient l'objet de tentatives thérapeutiques souvent couronnées de succès.

En France, la communication de Bouilly au Congrès de Chirurgie de 1889 serait la première qui ait attiré l'attention sur des accidents d'abcès et de fistule consécutifs à une perforation « probablement tuberculeuse » de l'appendice. Cette perforation donna lieu à une péritonite suppurée qui fut ouverte par laparotomie et qui laissa derrière elle une fistule stercorale. Celle-ci guérit sous l'influence de l'ablation de l'appendice, mais quelques mois plus tard la cicatrice se désunissait et une nouvelle fistule se constituait. Le

malade succomba par la suite aux progrès de la tuberculose pulmonaire et intestinale.

Dans une observation de Körte un abcès de la fosse iliaque droite est ouvert chirurgicalement et laisse à sa suite une fistule qui paraît conduire sur l'appendice. Celui-ci est enlevé un mois après l'ouverture de l'abcès, l'examen histologique le montre indemne de tuberculose, et cependant la fistule persiste. Une troisième intervention pratiquée cinq mois après la seconde montre que les lésions tuberculeuses qui entretiennent la fistule siègent sur l'iléon et le cœcum.

Nous ne multiplierons pas les exemples de ces fistules consécutives à des perforations après appendicite soit inflammatoire, soit tuberculeuse. Cependant un fait qui frappe actuellement c'est que ces complications post-opératoires semblent devenir de plus en plus rares. La chose s'explique d'ailleurs assez aisément. De nos jours on diagnostique l'appendicite et on l'opère le plus précocement possible, mais il n'en a pas été toujours de même. Au début de l'ère chirurgicale l'appendicite aussi bien dans ses symptômes que dans ses complications était assez mal connue, et forcément le chirurgien hésitait souvent à intervenir, et ne s'y décidait que devant des symptômes évidents. Il laissait ainsi le temps aux lésions d'évoluer largement, d'où le grand nombre de perforations et de fistules pyo-stercorales qui en découlaient.

CHAPITRE II

Définition. — Généralités.

Hartmann et Gosset définissent ainsi la fistule pyo-stercorale : conséquence de l'ouverture d'un foyer purulent dans l'intestin et à la peau, et ils ajoutent que la cavité purulente constitue le point le plus important de l'anatomie pathologique de ces fistules. Elles sont relativement fréquentes, surtout si l'on intervient sur un appendice tuberculeux : 1 à 4 %. Elles existent évidemment aussi fréquemment dans un sexe que dans l'autre, cependant un fait important à noter, et sur lequel tous les chirurgiens sont d'accord, c'est leur fréquence relativement grande chez l'enfant et même chez l'adolescent. Ce fait peut s'expliquer d'une façon assez logique, à savoir que les enfants font des appendicites extrêmement graves et très rapidement, de sorte qu'on les opère bien souvent trop tard. Cela arrive évidemment chez l'adulte, mais est plus particulier à l'enfant. Il est assez remarquable de constater que chez des vieillards faisant des appendicites extrêmement graves les fistules pyo-stercorales sont exceptionnelles.

Ces fistules pyo-stercorales s'opposent évidemment aux fistules dites spontanées, consécutives à des appendicites aiguës ou chroniques et réchauffées et qui s'ouvrent d'elles-mêmes à la paroi. Celles qui nous occupent s'établissent à la suite de l'acte opératoire, non pas qu'elles soient généralement causées par l'opération elle-même et doivent être imputées à une faute du chirurgien, mais parce que des lésions intestinales préexistantes ou consécutives font com-

muniquer l'intestin avec l'abcès ouvert chirurgicalement à la paroi.

Nous serons bien obligé dans ce travail de tenir compte des anus contre nature, car entre fistule et anus il n'y a guère qu'une simple différence de degré. Comme l'a dit Grimard : « on ne saurait dire exactement où commence la fistule intestinale et où finit l'anus contre nature ». On dit généralement qu'il y a fistule intestinale quand un orifice anormal laisse s'échapper hors des voies naturelles une petite quantité de matières et de gaz intestinaux. On dit qu'il y a anus contre nature quand cet orifice anormal livre passage à la presque totalité des matières et des gaz. C'est donc une différence surtout fonctionnelle qui distingue ces deux processus. Ordinairement ces fistules dérivant d'une cavité purulente périintestinale laissent passer un mélange de pus et de matières fécales, aussi ont-elles été diversement qualifiées par les auteurs. Verneuil les appelait fistules sterco-purulentes, Blin les qualifiait de pyo-stercorales parce que, disait-il, la formation de pus précède ordinairement l'issue des matières.

Nous devons aussi faire remarquer qu'il existe parfois des fistules stercorales simples. Elles se constituent dans les cas assez exceptionnels où les parois intestinales très friables et adhérentes, mais non entourées de pus, auront été dilacérées pendant l'opération.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les fistules pyo-stercorales, après intervention pour appendicite banale, peuvent être rangées dans la catégorie des fistules sur « anse saine » que Ricard et Launay opposent aux fistules sur « anse malade », ces dernières s'observant surtout dans le cancer et la tuberculose intestinale, et ayant une toute autre gravité que les premières.

Si l'on considère ce qui se passe d'une façon typique, les choses se présentent à peu près ainsi au chirurgien : Il voit un malade pour la première fois, et porte le diagnostic d'appendicite. Il l'opère, les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais vers le deuxième ou troisième jour la température remonte, et le malade se plaint de sa fosse iliaque droite. A l'examen on constate que sa région appendiculaire est occupée par un gros abcès, on l'incise (ou bien l'abcès s'ouvre tout seul), on le draine et on ferme la plaie; mais bientôt la cicatrice se désunit et une fistule s'ouvre à la peau.

Il s'en suit donc qu'au point de vue anatomo-pathologique le premier stade d'une fistule pyo-stercorale est un stade d'abcès pariétal. Cet abcès s'ouvrant à la paroi par un trajet fistuleux, lequel trajet aura donc un orifice intestinal et un orifice cutané.

Nous étudierons donc successivement :

- 1° L'anatomie pathologique de la poche purulente péri ou paraappendiculaire;
- 2° Celle du trajet fistuleux et des lésions de voisinage;
- 3° Celle des orifices.

I. — LA POCHE PURULENTE

C'est le premier stade évolutif, l'abcès pariétal.

Son étude est de première importance car son existence est capitale. C'est d'elle, de sa situation, de son volume que dépendent le trajet et la situation des fistules. Cette poche existe toujours, elle ne fait défaut que dans le cas de fistules stercorales simples. Cet abcès pariétal est périappendiculaire ou paraappendiculaire.

Si l'abcès est périappendiculaire il est généralement unique. Son volume et par conséquent sa capacité sont très variables; dans les cas très avancés il contient facilement un litre de pus.

a) La paroi est une coque assez épaisse formée pour la plus grande partie d'adhérences unissant l'épiploon et les anses intestinales. Il est souvent très difficile de trouver l'appendice pendant l'opération car il arrive à s'enchâsser dans cette espèce de coque et semble avoir disparu tellement il se confond avec elle.

La face interne de la paroi est tomenteuse, irrégulière, anfractueuse, tapissée de bourgeons diverticulés. Elle est revêtue d'une mince membrane pyogénique bourgeonnante.

b) Le contenu est formé d'une espèce de bouillie fécaloïde constituée par un mélange plus ou moins homogène de pus et de matières fécales. L'odeur en est effroyablement fétide d'autant qu'on y trouve une certaine quantité de gaz et des lambeaux sphacélés de paroi intestinale, avec parfois des débris appendiculaires et même, mais très rarement, tout l'appendice amputé spontanément.

Les abcès paraappendiculaires sont rarement primitifs, presque toujours ils sont secondaires. Ils reconnaissent alors pour cause la propagation d'une inflammation péri-tonéale. Ils peuvent se développer en un point très éloigné de l'appendice. Ils peuvent être pré-cœcaux, rétro-cœcaux, iléo-inguniaux; ils peuvent même siéger dans la fosse ilia-

que et l'hypogastre du côté gauche. On en observe souvent dans le petit bassin.

II. — LE TRAJET FISTULEUX

Il s'étend de la poche purulente à l'orifice cutané.

Généralement il est unique. Il existe évidemment parfois des trajets multiples mais ils reconnaissent alors pour cause de vastes suppurations en nappe qui se font jour spontanément à la paroi. Même dans le cas de fistules multiples il y a cependant toujours un trajet principal livrant parfois seul passage aux matières. Les autres trajets vont aussi de l'intestin à la paroi, mais ils sont de moindre importance et peuvent être anastomosés entre eux et avec le trajet principal.

La fistule principale est toujours la première constituée, c'est aussi la dernière à s'oblitérer. Elle n'est pas toujours rectiligne du fait qu'elle doit parfois contourner certains organes. Elle a rarement plus d'une dizaine de centimètres de long. Sa circonférence est très variable, elle dépasse rarement le pourtour de l'index et diffère beaucoup suivant le point examiné. Sa paroi est plutôt molle et granuleuse.

III. — LÉSIONS DE VOISINAGE.

Autour de l'abcès pariétal et du trajet fistuleux on note toujours des lésions inflammatoires de périviscérite et aussi de péritonite chronique et enkystée. C'est une espèce de magma induré. Ces lésions peuvent d'ailleurs occasionner des complications heureusement aussi rares que graves. C'est ainsi qu'on a pu noter des cas de fonte purulente du psoas iliaque et même de carie de l'os iliaque.

IV. — L'ORIFICE INTESTINAL.

Il est généralement unique. Dans certains cas cependant, il peut être multiple, ainsi quand la perforation est consécutive à l'élimination de plaques de sphacèle.

Ces perforations sont dues le plus souvent à des nécroses limitées de la paroi intestinale au contact de l'appendice gangrené. Tantôt la perforation est déjà effectuée au moment où l'on opère et le chirurgien peut l'apercevoir. Elle est d'ordinaire punctiforme ou de dimensions très réduites, au milieu d'une plaque livide, jaunâtre, due à l'infiltration des tuniques par les microbes anaérobies du foyer appendiculaire. Tantôt on ne constate au cours des manœuvres qu'une plaque suspecte sur l'intestin. Il est à remarquer que si ces perforations siègent sur la paroi postérieure du cœcum, elles s'oblitérent généralement assez aisément et rapidement; lorsqu'au contraire elles se forment sur la paroi antérieure, elles durent en général beaucoup plus longtemps et peuvent se transformer en véritables anus contre nature cœcaux. Cette différence d'évolution peut s'expliquer assez aisément, car les pertes de substances postérieures trouvent sur les plans profonds de la fosse iliaque des zones d'accolement qui facilitent la cicatrisation des tuniques ulcérées. En avant au contraire, lorsque le chirurgien est obligé de drainer, ce qui est la règle, le contact des drains et des mèches contribue à élargir la perte de substance primitive aux dépens des zones suspectes qu'ils recouvrent.

L'orifice siège ordinairement sur le cœcum, beaucoup plus rarement sur l'intestin grêle. On le trouve assez souvent sur l'appendice ou à son point d'insertion sur le cœcum; souvent aussi sur les parois du cœcum lui-même. Son pourtour est plus ou moins arrondi ou irrégulier. Il peut atteindre parfois des dimensions considérables, jusqu'à former une perte de substance des dimensions d'une pièce de cinq francs. Sa périphérie est occupée par une sorte de bourrelet constitué par la muqueuse intestinale qui fait hernie dans la cavité de l'abcès. Cette muqueuse forme même parfois une sorte de clapet qui, par moment, peut s'opposer à l'issue des matières.

V. — L'ORIFICE CUTANÉ.

Cet orifice, unique ou multiple suivant le nombre des trajets fistuleux, occupe des situations fort variables et en rapport avec le siège de l'abcès pariétal.

De façon générale, il occupe la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade crurale. Parfois on le trouve dans la région lombaire droite. Il peut aussi occuper divers autres points de l'abdomen, mais c'est l'exception.

Il siège assez souvent au fond d'une petite dépression de la peau qui s'est excavée et se plisse autour de lui.

Tous les tissus du voisinage sont indurés et sont en voie de cicatrisation active. Les téguments souillés sans interruption par le pus et les matières s'enflamment aussi facilement et doivent être l'objet de soins attentifs.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Les fistules pyo-stercorales, comme nous l'avons noté, deviennent rares. Cependant, un fait patent, c'est qu'on constate de plus en plus de fistules post-opératoires par rapport aux fistules spontanées.

Autrefois les fistules spontanées s'observaient couramment, on ne voyait guère que celles-là. Aujourd'hui peu nombreux sont les cas où une appendicite suppurée est abandonnée à elle-même, et s'il y a fistule c'est presque toujours après l'opération.

Les fistules pyo-stercorales ne s'observent donc guère en dehors de l'appendicite à chaud suppurée.

Elles sont rarement pyo-stercorales d'emblée. De façon générale, le chirurgien se trouve d'abord en présence d'un abcès volumineux, et ce n'est qu'après l'évacuation de cet abcès que la fistule stercorale devient évidente.

En analysant toutes les observations et communications que nous avons pu trouver, on constate que les matières succèdent presque toujours de peu à l'évacuation chirurgicale du pus. On peut donc se demander si l'acte opératoire n'est pas étranger à la constitution de certaines fistules pyo-stercorales. C'est possible si l'on entend par là qu'il peut en être la cause occasionnelle. Il paraît en effet assez simple d'admettre qu'une collection qui s'était déjà ouverte dans l'intestin ou qui allait s'y ouvrir n'ait pu servir de déversoir aux matières qu'après sa mise en communication large avec l'extérieur. En réalité, dans l'im-

mense majorité des cas de fistules pyo-stercorales, si le chirurgien n'est la plupart du temps pour rien dans leur apparition, c'est pourtant bien l'acte opératoire qui en est cause.

Pour faire une étude assez complète de l'étiologie de ces fistules, nous aurons à examiner le mode de production des trois facteurs principaux :

Orifice intestinal, trajet fistuleux, orifice de la paroi.

D'une façon générale, le Professeur Lecène résume à trois les causes les plus fréquentes de ces fistules :

1° Faute de technique opératoire (blessure de l'intestin, ligature ou enfouissement défectueux);

2° Sphacèle secondaire de l'intestin;

3° Acte volontaire du chirurgien (anus contre nature).

On peut évidemment imaginer des causes innombrables à l'apparition de ces fistules après une intervention aussi grave qu'une appendicite à chaud.

La chose la plus simple qui vient à l'esprit, c'est que, au cours de l'intervention, le chirurgien peut déchirer le cœcum, le blesser avec une aiguille. Il peut se faire qu'on le lèse avec un drain ou une mèche; ou qu'il soit ulcéré de dehors en dedans par du pus qui se trouve autour.

Ces fistules seront évidemment rares lorsqu'on aura la chance d'opérer dès les premières heures. Par contre, les écoulements stercoraux seront beaucoup plus fréquents dans les laborieuses appendicites du cinquième ou du sixième jour qu'on est obligé de drainer largement. Est-ce à dire qu'il faut rendre le drainage responsable d'un grand nombre de ces fistules ? Evidemment un drain trop longtemps maintenu peut ulcérer la paroi intestinale comme il peut ulcérer un vaisseau. Il semble cependant logique de penser que le drainage, loin de favoriser l'écoulement stercoral, lui permet simplement de se révéler à l'extérieur.

Une des causes les plus fréquentes consiste dans le lâchage de la ligature du moignon. Le cas est loin d'être rare de tomber en opérant sur un de ces appendices

effroyablement mous et friables à leur base, que le fil coupe comme du beurre.

L'enfouissement, s'il porte sur un cœcum cartonné, œdémateux, ne met pas à l'abri des écoulements pyo-stercoraux.

On peut voir plus tardivement des fistules apparaître par un mécanisme de sphacèle de la paroi cœcale ou iléale. Il se constitue alors, parmi un cortège de phénomènes généraux souvent graves un abcès profond. D'une façon banale une fistule peut apparaître à la suite d'un abcès pyo-stercoral qui a pris naissance à l'occasion d'une perforation ou d'une gangrène banale de la base de l'appendice; lésions qui intéressent parfois la paroi du cœcum. Ce sera aussi à la suite de l'ablation d'un appendice accolé à la paroi cœcale, et qui bouche en quelque sorte une lésion ulcéralive créée par l'appendicite aiguë. Quand l'appendice est enlevé, si la lésion de la paroi cœcale n'a pu être suffisamment enfouie, une fistule a des chances de se produire. C'est ainsi que le drainage insuffisant après appendicectomie doit souvent être incriminé. Dans ces conditions-là le trajet fistuleux peut être très complexe. Le Docteur Bouyala cite le cas d'une fistule siégeant au-dessus de la crête iliaque après ouverture d'un abcès postérieur. Le trajet conduisait, comme l'a révélé une radio, non sur le cœcum, mais sur l'angle colique droit au-dessus duquel s'était constitué un énorme abcès sous-phrénique.

Considérons maintenant comment de façon générale peut se constituer une fistule avec ses deux orifices et son trajet intermédiaire.

L'orifice de la paroi, à moins que l'abcès pariétal ne se fasse jour spontanément à l'extérieur, sera déterminé par l'incision du chirurgien.

De même le trajet fistuleux suivra généralement le chemin suivi par le chirurgien pour ouvrir l'abcès et arriver au contact de l'intestin. Les drains et les mèches lui conserveront un calibre suffisant pour l'élimination du pus et des matières fécales.

Comme nous l'avons noté diverses causes pourront déterminer la formation de l'orifice intestinal. Tout d'abord la perforation peut se produire au niveau même de l'appendice. Celui-ci peut se perforer et même s'amputer spontanément. S'il est impossible au chirurgien de le découvrir, et par conséquent de le libérer de ses adhérences et de le lier à sa base, un orifice pourra persister et donner issue au pus et aux matières. Beaucoup plus souvent la perforation se produit au niveau de la paroi cœcale. Parfois, au cours de l'opération, on peut apercevoir un orifice de communication appendicalo-cœcale, à condition de pouvoir bien détacher l'appendice de ses adhérences, et de le sculpter même dans la paroi cœcale où il est quelquefois très profondément inclus.

Souvent l'intestin n'est pas perforé au moment de l'opération, mais on aperçoit à sa surface des plaques livides, blanchâtres et verdâtres comme on en trouve sur des appendices gangrenés. Ces plaques sont destinées à s'éliminer, et suivant leur importance seront à l'origine d'une large perforation à l'emporte-pièce et par suite d'un véritable anus contre nature, soit d'une simple fistule.

Enfin dans certains cas assez rares, ces perforations peuvent siéger non seulement sur la paroi cœcale, mais aussi sur l'intestin grêle. Dans un cas de Michaud il s'agissait d'une appendicite suppurée avec collection à droite et à gauche, et abcès pelvien distinct. Ces trois abcès furent ouverts, mais le foyer pelvien était en communication avec l'intestin grêle qui s'était assez largement ulcéré au contact d'un appendice extrêmement altéré. M. le Professeur Tessier rapporte aussi le cas d'un appendice qui adhéraît à l'intestin grêle, cette adhérence fut rompue avec l'ongle, mais il resta sur l'intestin libéré une perforation arrondie correspondant exactement à la forme de l'appendice.

Donc les principales causes des perforations intestinales seront des ulcérations ayant pour origine les abcès péri-cœcaux et les plaques gangréneuses de la paroi. Dans quel-

ques cas exceptionnels la paroi intestinale anormalement friable pourra être déchirée plus ou moins largement au cours d'une laborieuse recherche de l'appendice. Dans quelques cas on pourra incriminer la compression excessive exercée par un drain pendant trop longtemps, et au niveau d'une paroi dont la vitalité aura été sensiblement diminuée. M. Poncet rapporte même le cas d'une fistule ayant pour origine une lésion ulcérationnelle du cœcum causée par un contact trop prolongé de la gaze avec ses parois.

CHAPITRE V

Fistules pyo-stercorales après intervention pour appendicite tuberculeuse

Avant de terminer cette étude par un rapide exposé du traitement, ou plutôt des traitements, que l'on peut actuellement exposer à ces fistules pyo-stercorales, il nous reste à traiter un chapitre capital, celui des fistules que l'on peut voir apparaître après être intervenu sur un appendice tuberculeux.

Les appendicites tuberculeuses peuvent dans quelques cas donner lieu à des accidents de suppuration semblables à ceux d'une appendicite banale, tels que nous les avons envisagés jusqu'ici. Mais si l'on vient à ouvrir ces collections périappendiculaires on assiste souvent à l'apparition de fistules pyo-stercorales qui, loin de tendre spontanément à l'oblitération et à la cicatrisation, s'élargissent au contraire et s'aggravent de jour en jour (Jalaguier). M. Jalaguier rapporte deux cas de ce genre; dans l'un, dit-il, il s'agissait d'un vaste abcès rétro-cœcal; une fistule laissant passer une grande quantité de pus et de matières, dura jusqu'à la mort, amenée par tuberculose pulmonaire cinq mois après l'opération. Outre les lésions appendiculaires il existait une vaste ulcération du cœcum. Dans l'autre cas j'avais affaire, dit M. Jalaguier, à une péritonite suppurée à grands enkystements; l'enfant guérit de sa péritonite après laparotomie et lavages, mais une fistule stercorale persista, et la mort survint par tuberculose

six semaines après l'intervention. L'appendice présentait plusieurs perforations nettement tuberculeuses. La fin de l'iléon était couverte de granulations, ainsi que l'ovaire et la trompe.

Ces fistules pyo-stercorales sont donc extrêmement graves. De toute façon les fistules consécutives à une appendicite banale qui ne se ferment pas spontanément, paraissent susceptibles de guérir par une thérapeutique simple dirigée sur la fistule elle-même.

Il en va tout autrement des fistules tuberculeuses, dont les tendances et la gravité sont souvent telles, qu'elles nécessitent généralement une opération d'exclusion du segment intestinal malade (Prof^r Alglave).

Ces fistules peuvent d'abord être purulentes, et rester purulentes pendant un temps variable, pour devenir tout à coup pyo-stercorales, quand les lésions qui les entretenaient ont déterminé la perforation du cœcum ou de l'appendice. La perforation siège le plus souvent au niveau de l'appendice, en particulier à sa base. Cette perforation est généralement petite et unique, mais elle peut être large (Girode) ou double (Grisolle), ou multiple (Delore et Patel).

Elle se produit de dedans en dehors, ou de dehors en dedans, par le mécanisme de l'ulcération ou celui de l'abcès. Généralement elle a lieu de dedans en dehors, par une ulcération ou même par un petit abcès dont le point de départ est dans la paroi de l'intestin ou de l'appendice. Exceptionnellement elle a lieu de dehors en dedans par l'ouverture, dans l'intestin, d'un abcès enkysté péritonéal primitif ou d'un abcès tuberculeux né d'un organe voisin, par exemple d'une autre anse intestinale. Cette perforation se complique d'une sorte de péritonite localisée par la formation d'un abcès pyo-stercoral. Celui-ci est formé d'une poche péritonéale limitée de toutes parts par des adhérences et des fausses membranes agglutinées, et dans laquelle existe une bouillie faite de pus fécaloïde. Ces abcès enkystés peuvent se faire jour à la peau soit spontanément, soit

après une intervention dirigée sur eux, et donner lieu à des fistules pyo-stercorales extrêmement graves. L'orifice externe de la fistule peut d'ailleurs être entouré d'une ulcération de dimensions plus ou moins étendues avec décollement cutané. Dans un cas de Terrier l'ouverture de la fistule était entourée d'une ulcération grande comme la paume de la main, et reposait sur une base indurée qui avait pu faire penser à un épithélioma ou à un sarcome. La fistule a son orifice qui siège ordinairement au niveau de la fosse iliaque interne et un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. En cas de migration de l'abcès ou de situation anormale de l'anse iléo-cœcale l'orifice peut siéger au niveau de l'aîne (Delore et Patel), ou au niveau des lombes (Gayet), ou en tout autre point qu'on ne saurait toujours prévoir.

Ces quelques points étant établis, une question capitale se pose : Puisque dans l'immense majorité des cas les fistules pyo-stercorales après appendicite banale guérissent soit spontanément, soit après des interventions tout à fait minimales, et que par contre les fistules après appendicites tuberculeuses sont toujours extrêmement graves, et à bref délai, le chirurgien a donc tout intérêt à savoir où il va.

Il faudra donc qu'il tâche de savoir avant l'opération si l'appendice qu'il se propose d'extirper a des chances d'être tuberculeux. Ceci revient donc à poser le grand problème du diagnostic de l'appendicite tuberculeuse. Nous n'avons certes pas l'outrecuidance de nous mesurer avec un tel sujet, du moins sur le papier, bien que dans notre pratique journalière nous aurons probablement souvent l'occasion de discuter ce délicat problème.

Il nous semble cependant utile, arrivé à ce point de notre travail, de rappeler les quelques particularités essentielles qui permettront au chirurgien d'estimer que l'appendice qu'il se propose d'enlever a de grandes chances d'être tuberculeux, ce qui lui permettra d'agir en conséquences.

Un premier point à établir c'est que la tuberculose de

l'appendice existe chez beaucoup de tuberculeux sans donner lieu à aucun symptôme, et n'est reconnue que sur la table d'autopsie.

Plusieurs données cliniques sont importantes.

1° L'appendicite tuberculeuse peut être isolée, mais le plus souvent elle est simultanée; c'est-à-dire que l'appendice est atteint en même temps que l'iléon terminal et le cœcum.

2° Une appendicite banale peut survenir sur un appendice resté indemne de tuberculose, à côté de lésions tuberculeuses iléo-cœcales assez développées.

3° Une appendicite banale peut apparaître chez un tuberculeux avéré comme chez tout autre, et sans qu'il y ait de lésions tuberculeuses iléo-cœcales.

4° Les diverses variétés de tuberculose du segment iléo-cœcal proprement dit peuvent donner lieu à des symptômes qui rappellent la crise d'appendicite.

5° La crise d'appendicite tuberculeuse peut se présenter avec tous les caractères de l'appendicite banale.

6° L'appendicite tuberculeuse peut se révéler uniquement, et sans autres symptômes, par l'apparition dans la fosse iliaque interne d'un abcès qu'on peut croire être un abcès ossifluent venu des régions voisines.

Le diagnostic d'appendicite tuberculeuse est donc pratiquement très difficile. On peut estimer qu'il y a probablement appendicite tuberculeuse quand on se trouve en présence de crises d'appendicite à évolution insidieuse qui dès le début ont revêtu l'allure d'appendicite chronique. De même lorsque ces crises se répètent à intervalles assez rapprochés, et que ni la douleur, ni la tuméfaction locales ne disparaissent complètement; le refroidissement ne se fait pas ou se fait mal.

De même quand la température continue à osciller dans l'intervalle des crises; qu'il existe des alternatives de diarrhée et de constipation, et même un certain état de « diarrhée facile ». De même le ballonnement du ventre

est assez caractéristique, et l'ascite vraie, même en quantité minime, est considérée par certains comme pathognomonique.

Il faudra évidemment pratiquer un examen clinique poussé du malade, fouiller ses antécédents, pratiquer des examens en série des crachats et des matières fécales. Dans les cas d'abcès douteux apparus autour du cœcum ou de l'appendice, on pourra pratiquer l'examen microscopique du pus ou son inoculation aux animaux. On pourra aussi faire appel au séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, ou à la cuti-réaction de Von Pirket, à l'intra-dermoréaction de Mantou, ou à l'ophtalmo-réaction de Calmette.

La tuberculose, et par suite la possibilité d'une appendicite tuberculeuse, étant ainsi dépistée, le chirurgien saura ainsi où il va, il opérera avec le maximum de prudence et tâchera de limiter au minimum les risques de fistule. Mais il arrive souvent qu'il ouvre le ventre sans aucune idée préconçue, sans que la possibilité de lésions tuberculeuses avec leurs terribles conséquences lui soit apparue alors qu'il examinait son malade. Peut-il, une fois le ventre ouvert, diagnostiquer une tuberculose de l'appendice et une fistule possible ? La question est importante.

L'appendicite tuberculeuse, avons-nous dit, est très rarement « isolée », c'est-à-dire strictement limitée à l'appendice; tandis que l'appendicite tuberculeuse simultanée, c'est-à-dire associée à des lésions du cœcum, de la valvule iléo-cœcale ou de l'iléon, est la règle. Pour fixer les idées par des chiffres, on peut dire que sur dix cas où il y a lésion tuberculeuse de l'appendice, neuf fois l'une ou l'autre, et parfois même les trois portions qui constituent le segment iléo-cœcal, se trouvent intéressées en même temps que lui (Alglave).

C'est une loi déjà formulée en 1843, par Louis, qu'aussi bien dans les tuberculoses intestinales généralisées que dans les tuberculoses localisées, les lésions prédominent

toujours au niveau et au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Dans les tuberculoses localisées au segment iléo-cœcal, qui intéressent le chirurgien puisqu'elles sont curables opératoirement, il est exceptionnel que les lésions remontent à plus de 15 à 20 centimètres en amont de la valvule iléo-cœcale et descendent à plus de 20 à 25 centimètres de cette même valvule. Cette notion est très importante pour le moment où se posera la question du traitement de la fistule tuberculeuse.

D'après Alglave, il y aurait six variétés de formes anatomiques des lésions tuberculeuses du segment iléo-cœcal. Elles son intéressantes à connaître, car si les unes peuvent être visibles à l'œil du chirurgien, d'autres peuvent passer complètement inaperçues.

Sur ces six variétés, trois seraient habituelles, les trois autres seraient rares. Alglave distingue en effet :

1° Une forme granulo-ulcéreuse entérique, très fréquente et dans laquelle la muqueuse seule est malade. Le chirurgien ne voit rien d'appréciable en regardant l'intestin par sa face séreuse. Il faut qu'il ouvre l'intestin pour diagnostiquer une tuberculose; sans quoi la nature des lésions lui échappera, son doigt même ne percevra rien d'anormal pendant qu'il opère sur l'appendice;

2° Une forme entéro-péritonéale, fréquente aussi, mais où par contre il y a des granulations visibles sur la séreuse aussi bien que sur la muqueuse. C'est la forme la plus redoutable, c'est celle des abcès pyo-caséux avec fistules spontanées consécutives;

3° Une forme fibro-adipeuse ou hypertrophique, forme de tumeur qui élargit quelquefois le calibre de l'intestin, mais qui le plus souvent le rétrécit. Ici encore les lésions de la muqueuse sont plus étendues que celles de la séreuse.

Les trois autres formes que distingue Alglave sont beaucoup plus rares; ce sont : la forme atrophique essentielle-

ment sténosante, une forme de péritonite locale et une forme d'adénopathie iléo-cœcale.

Ces différents types de lésions étant précisés, si nous revenons à l'appendice qui fait le fond de notre discussion par les fistules dont il est l'origine, on peut dire que neuf fois sur dix, quand on intervient sur un appendice atteint de lésions tuberculeuses, il existe en même temps des lésions de même nature sur l'une ou l'autre des portions du segment iléo-cœcal. Ces lésions existent soit sous la forme granulo-ulcéreuse entérique, soit sous la forme entéro-péritonéale, soit sous la forme hypertrophique; mais, tandis qu'avec les deux dernières variétés le chirurgien est averti des lésions et peut prendre avec elles toute détermination opératoire qu'il juge utile, il en est tout autrement avec la première. La nature tuberculeuse des lésions échappe à son attention et le tableau imprévu d'une fistule grave survenant quelques jours après l'intervention peut très bien se dérouler.

Les points d'élection des foyers de tuberculose para-appendiculaires qui apparaissent ordinairement en même temps que ceux de l'appendice sont intéressants à considérer.

Ces points d'élection sont : le fond de l'entonnoir cœcal, et surtout le pourtour de la valvule iléo-cœcale.

Ceci permet de supposer les divers points où l'on peut craindre de voir apparaître une fistule après appendicectomie. Ces points dangereux sont :

1° Au niveau de la ligature qui a été posée à la base de l'appendice, sur un point tuberculisé;

2° Par le mécanisme de la perforation directe, dans le champ de l'appendice enlevé, d'une ulcération qui existe dans le voisinage immédiat du moignon appendiculaire;

3° Par le mécanisme de l'ouverture dans le même champ d'un abcès pyo-stercoral qui a pris naissance au niveau et au pourtour d'une ulcération du cœcum, ou de la valvule, ou de l'iléon terminal.

Ainsi s'explique la possibilité de fistules multiples et successives au tour de l'incision opératoire. Ces mêmes lésions d'ailleurs sont fort susceptibles, sans opération préalable, d'occasionner des fistules pyo-stercorales par le mécanisme de l'abcès qui tend à se faire jour en avant ou en arrière de la région iléo-cœcale.

Bien que les points d'élection des fistules sont ceux que nous avons indiqués, il en est aussi de possibles, en deçà comme au delà de la valvule iléo-cœcale et du fond du cœcum. Quand se posera la question de l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire en l'espèce une opération d'exclusion, il faudra pour avoir la certitude que de nouvelles fistules ne se produiront pas, pratiquer la section de l'iléon à 15 à 20 centimètres de la valvule, et celle du colon à 20 à 25 centimètres.



La question de l'appendicite tuberculeuse et de la possibilité de prévoir les fistules pyo-stercorales consécutives étant étudiée, on peut se demander s'il est possible au chirurgien de prévoir après une appendicectomie pour appendicite banale que son opéré fera une fistule. La chose est évidemment beaucoup moins importante que de laisser passer une appendicite tuberculeuse, mais elle a tout de même son intérêt. A ce point de vue tous les auteurs semblent bien s'accorder pour dire qu'il est pratiquement impossible de le prévoir. Très souvent, disent-ils, on peut croire qu'on aura une fistule parce que le cœcum est épaissi, cartonné, parce que la place manque pour placer son fil, que les ligatures paraissent très précaires; et on voit que tout cela tient très bien et qu'il n'y a pas du tout de fistule. A condition bien entendu de ne pas vouloir à toutes forces enfouir la ligature quand elle est entourée par une zone cœcale inflammatoire.

C'est là l'opinion générale, la fistule apparaît souvent alors qu'on ne s'y attend pas du tout, et lorsqu'on s'en méfie, il ne se produit rien du tout.

CHAPITRE VI

Diagnostic clinique

Il y a deux sortes de signes qui permettent de dire qu'on a vraiment affaire à une fistule pyo-stercorale. Les uns sont de simples signes de présomption, les autres sont des signes de certitude.

Au nombre des signes de présomption il faut ranger la modification de l'aspect et de l'odeur de la sécrétion purulente qui s'écoule par la plaie opératoire.

Le pus prend, s'il ne l'avait dès le début, une coloration grisâtre et une odeur fécaloïde. De même l'apparition de gaz dans l'intérieur de l'abcès. Cependant les gaz peuvent très bien exister dans des abcès qui ne communiquent nullement avec l'intestin. Aussi bien, beaucoup d'abcès voisins du tractus intestinal renferment un pus horriblement fétide et d'odeur même fécaloïde.

Comme signes de certitude, c'est surtout l'issue des matières par la plaie, bien que la présence de matières ne soit pas toujours immédiatement évidente. Le pus peut être simplement de couleur brune, et seul le microscope permet de déceler des matières finement pulvérisées.

La quantité de pus et de matières varie notablement suivant les dimensions de l'abcès, suivant la largeur de la perforation intestinale, et suivant aussi l'âge de la fistule.

On constate de façon générale que l'écoulement est intermittent. Cela peut tenir à plusieurs causes : soit à une rétention des matières et du pus si l'orifice est trop étroit, elles stagnent alors dans la poche ; soit à des variations plus

ou moins considérables de l'alimentation, soit aussi à des périodes de constipation et de diarrhée. De façon générale, si la fistule siège sur le cœcum, les matières apparaissent dans la plaie quatre à cinq heures après les repas; si la fistule siège sur le grêle elles apparaissent deux ou trois heures après les repas.

A moins d'avoir affaire à des fistules considérables, véritables anus cœcaux, il est exceptionnel que la totalité des matières emprunte le trajet fistuleux. Généralement le malade élimine une plus grande quantité de matières par les voies naturelles que par sa fistule.

Le malade est habituellement constipé de façon opiniâtre, bien qu'au début, quand sa fistule est toute jeune, il soit en proie à une forte diarrhée, due probablement à l'irritation de l'intestin par le pus.

On note généralement peu de signes fonctionnels importants. C'est ainsi qu'il y a rarement des coliques, des douleurs et des vomissements. Evidemment si l'écoulement pyo-stercoral est très abondant et très ancien l'état général peut s'altérer rapidement.

Il est rare que les matières apparaissent dans la plaie le jour même de l'opération, en général elles apparaissent au bout de quelques jours, de cinq à quinze jours en moyenne.

Au point de vue des signes de certitude d'une fistule pyo-stercorale M. Bourde (de Marseille) préconise une petite expérience qui, dit-il, lui a toujours donné de bons résultats. Cette petite manœuvre consiste à débrider légèrement l'orifice cutané avec une sonde cannelée, et à injecter dans le trajet fistuleux un peu d'éther; s'il s'agit vraiment d'une fistule stercorale, le malade en sent immédiatement le goût dans la bouche.

CHAPITRE VII

Evolution

Elle diffère évidemment du tout au tout, suivant qu'il s'agit d'une fistule après appendicite banale, ou après appendicite tuberculeuse.

Dans l'immense majorité des cas l'évolution dans le premier cas est absolument bénigne. La fistule tend rapidement et spontanément vers l'oblitération et la cicatrisation. Souvent la fistule a à peine le temps de devenir stercorale, que déjà le pus se désodorise, les bourgeons de la plaie deviennent plus rosés, et le comblement se fait progressivement. Quand la fistule est franchement stercorale les choses peuvent évoluer de différentes façons :

a) Tantôt les matières remplissent le fond de la plaie, et la débordent même pendant quelques jours. Puis à chaque pansement cet écoulement semble diminuer, le fond de l'entonnoir se nettoie petit à petit, la plaie se déterge, et un bourgeonnement intense finit par étouffer l'orifice intestinal; surtout si celui-ci ne siège pas directement sur la paroi antérieure du cœcum.

b) Tantôt au contraire en dépit de ce bourgeonnement l'écoulement fécaloïde persiste, et lorsque les bourgeons sont arrivés à fleur de peau, lorsque même la cicatrisation est achevée, il persiste quand même un petit trajet fistuleux laissant sourdre une quantité minime de liquide brunâtre. Bon nombre de malades s'accoutument fort bien de ces petites fistulettes résiduelles.

En somme tous les auteurs s'accordent pour dire que ces

fistules banales, après appendicite aiguë franche, sont presque toujours guéries spontanément après attente de quelques jours à quelques semaines. Il est exceptionnel d'être aux prises avec une fistule rebelle. Cependant le cas peut se produire, et à ce propos-là M. Arnaud rapporte une observation fort intéressante. Il s'agissait d'une jeune femme qui, opérée d'une appendicite aiguë suppurée, fit au dixième jour une fistule stercorale. Fistule toute simple puisque la malade avait des selles régulières par l'anús; mais qui souillait régulièrement d'un peu de matières liquides le pansement abdominal. Cela dura quatre mois sans qu'aucune amélioration appréciable permit d'escompter une guérison prochaine. Cependant l'étude coprologique mit plusieurs fois en évidence la présence de tricocéphales nombreux, et ce n'est qu'après un traitement long et minutieux aux sels d'argent qu'on put en venir à bout. A ce moment-là seulement la fistule se tarit spontanément.

Après appendicite tuberculeuse les choses évoluent d'une toute autre façon. Loin de tendre vers la fermeture spontanée, les fistules sont extraordinairement tenaces et gagnent de jour en jour en importance. Elles arrivent à altérer très rapidement l'état du malade et l'amènent peu à peu vers une cachexie totale. D'autant plus que la tuberculose déjà ancienne en général, a déjà miné ses résistances physiques et morales. Ce sont là des infirmités qui non seulement débilitent très rapidement l'organisme, mais aussi, et peut-être surtout, abattent et démoralisent très vite ceux qui les supportent.

Pour ces malades-là une seule ressource existe, à condition qu'ils soient en état d'en faire les frais, c'est l'intervention chirurgicale, question que nous allons maintenant aborder.

CHAPITRE VIII

Traitement chirurgical

Quand on étudie le traitement de ces fistules, on est étonné de lire sous la plume de certains auteurs comme Lecène, Delore et ses élèves, que la guérison spontanée de la fistule stercorale, si elle est possible, n'en demeure pas moins l'exception. Dupuytren, dans ses cliniques, disait déjà : « Presque tous les anus accidentels qui ne consistent que dans de simples perforations d'un point de la circonférence du tractus intestinal, sont curables. Il suffit des efforts de la nature qui tend en général à fermer toutes les ouvertures accidentelles; et d'une compression légère, pour guérir le plus grand nombre de ces fistules ». Il y a donc tout intérêt avant d'intervenir à essayer d'obtenir la guérison spontanée. On a décrit pour ce faire de nombreux procédés très ingénieux et qui constituent une sorte de traitement palliatif. Ils tendent à améliorer l'état local de la fistule et à hâter sa cicatrisation. C'est ainsi que Soubbotich met dans le trajet fistuleux une mèche imbibée de teinture de cantharide, Morris emploie de la vaseline irradiée, Baker use de tampons de gaze trempés dans une pâte de Beck modifiée, d'autres de tampons trempés dans l'huile d'olive, d'autres enfin préconisent l'emploi du bactériophage. Ces méthodes peuvent évidemment donner des résultats satisfaisants dans le cas de fistules banales qui ne demandent qu'à s'oblitérer spontanément, mais bien souvent, principalement dans tous les cas de fistule tuberculeuse il est nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale.

La conduite de ce traitement chirurgical a toujours été extrêmement discutée, et même à l'heure actuelle elle diffère énormément avec les diverses écoles.

Diverses techniques ont été proposées qu'on peut diviser en deux grandes classes d'après les principes différents auxquels elles obéissent. Ce sont les méthodes directes et les méthodes indirectes.

I. — MÉTHODES DIRECTES

Elles consistent à se porter directement sur la lésion et à tenter de réparer la perte de substance elle-même.

Dans certains procédés, le chirurgien respecte la barrière naturelle formée par des adhérences de péritonite plastique et ne pénètre pas dans la grande cavité péritonéale, ce sont les procédés extrapéritonéaux. Dans d'autres procédés dits intrapéritonéaux le chirurgien rompt la barrière et ouvre largement la cavité péritonéale.

a) *Procédés extrapéritonéaux.* — Un des plus connus est la Kentrotomie de Dupuytren. Il consiste, au moyen de l'entérotomie de cet auteur à réaliser l'écrasement progressif de l'éperon qui constitue l'obstacle principal à la progression des matières, opération dangereuse mais utilisée encore parfois. Un progrès notable est accompli par le procédé de suture directe de Malgaigne. Il consiste à détacher l'intestin de ses adhérences et à réunir par l'adossement de leurs séreuses les deux lèvres de l'intestin (Forgue). Ce procédé a subi de nombreuses améliorations donnant plus de sécurité à la suture intestinale, et à la réfection de la paroi musculo-aponévrotique. C'est ainsi que Lenormant opère un cerclage au catgut chromé autour de la zone adhérentielle.

b) *Procédés intrapéritonéaux.* — Avec eux le chirurgien aborde les lésions après avoir ouvert largement le péritoine.

On encercle l'orifice cutané et le trajet fistuleux par une incision circulaire, et une fois le péritoine ouvert on excise

en bloc l'orifice intestinal, le trajet, et l'orifice cutané. On répare ensuite en tissus sains cette large brèche. C'est ce qu'on appelle « l'extirpation de la fistule suivie d'entérorraphie latérale ».

Un degré de plus est franchi avec la « résection d'emblée de la zone intestinale malade »; en même temps qu'on extirpe le siège même de la fistule. C'est l'entérectomie, suivie d'anastomose termino-terminale, ou termino-latérale. Cette opération s'adresse évidemment à des lésions très étendues, mais se heurte souvent à de grosses difficultés du fait de la péritonite plastique.

II. — MÉTHODES INDIRECTES

Elles consistent à se porter non plus sur la lésion elle-même mais sur un segment intestinal voisin, plus ou moins éloigné, et à obtenir ainsi des modifications à distance de la lésion, en supprimant le cours des matières dans l'anse intéressée. Elles comprennent divers procédés que l'on peut classer du plus simple au plus complexe :

a) La simple dérivation sera réalisée par une banale entéro-anastomose. C'est un des plus anciens procédés et il donne encore des résultats fort appréciables;

b) On a cependant cherché à supprimer plus radicalement le cours des matières dans l'anse fistulisée, et pour ce faire on a été amené à réaliser « l'exclusion » de cette anse malade. C'est d'après Forgue l'opération de choix.

L'exclusion peut être unilatérale : on coupe l'intestin en amont de la fistule, après quoi on abouche le moignon proximal en aval de la fistule. On obtient ainsi au niveau de la lésion une sorte de cul-de-sac que l'on suture à son extrémité.

L'exclusion peut être bilatérale. En supprimant ce cul-de-sac elle supprime aussi les possibilités de reflux.

On sectionne et on suture l'anse malade à ses deux bouts, il y a donc exclusion rigoureuse. Mais cette exclusion n'est praticable que si la fistule est encore assez largement

ouverte; cette soupape de sûreté est nécessaire, car l'opération crée un vase clos.

C'est déjà là une opération assez complète en elle-même. D'après Lecène et Leriche, elle ne serait pas sans inconvénients du fait qu'elle laisse subsister dans l'abdomen une anse intestinale infectée et de plus inutile. Aussi ont-ils pensé que cette opération ne devait logiquement constituer qu'un premier temps, et qu'ultérieurement l'anse exclue devait être enlevée. C'est la « résection secondaire de l'anse exclue », opération d'ailleurs grave et difficile, et que de ce fait on ne réalise que rarement (Delore).

QUE DONNENT CES OPÉRATIONS DANS LA PRATIQUE ?

Les procédés extrapéritonéaux ont été très employés et la suture de Malgaigne est encore souvent mise en œuvre pour fermer de petites fistulettes. Au niveau de ces fistules de la fosse iliaque droite, il est rare qu'ils donnent des succès.

De très nombreux travaux ont été publiés concernant les méthodes de traitement des fistules par la méthode directe et intrapéritonéale. Les plus ardents défenseurs de cette méthode sont les Lyonnais, et en particulier Delore et son école, adversaires acharnés des procédés indirects. Delore, dans un article du *Lyon Chirurgical* de 1922, fait un procès sévère de l'exclusion primitive, qu'elle soit uni ou bilatérale, et insiste longuement sur les avantages du procédé direct dont il règle minutieusement la technique et qui, à son avis, comprend deux temps principaux :

1° Le traitement de la cavité pyogénique (curettage des foyers osseux, incision des abcès, etc.). Il faut arriver à la transformer en fistule labiée; malgré le passage continu des matières, le pus se tarit à la longue;

2° Le traitement de l'intestin fistulisé par voie intrapéritonéale. On commencera par une prudente extériorisation de l'anse malade, après quoi suivant l'importance des lésions on pratiquera soit une simple entérorraphie laté-

rale, soit une résection. On referme le péritoine par dessus en drainant largement et on ne reconstituera que partiellement la paroi, pour parer aux risques d'une rétention septique. Les statistiques que donne Delore sont d'ailleurs très brillantes.

A l'appui de cette thèse, on peut citer l'important article de Guilleminet et Guérin dans le *Lyon Chirurgical* de 1920. Ils attaquent l'opinion de Ricard et Launay et n'admettent pas la distinction que font ces deux auteurs entre les fistules développées sur anse malade (tuberculose et cancer) et celles développées sur anse saine (appendicite). Pour les premières, Ricard et Launay disent que la résection, quand on peut la faire, est le procédé de choix; après vient l'exclusion bilatérale. Pour les secondes, ils pensent que la résection est une opération trop grave et préconisent l'entéro-anastomose de préférence à l'exclusion unilatérale. Tous les chirurgiens, disent Guilleminet et Guérin, sont d'accord sur la question de la tuberculose et du cancer; le traitement de ces affections ne peut être uniforme, l'entérectomie est un idéal, pratiquement on fait ce que l'on peut. Par contre, ils estiment qu'il y a des malades auxquels on doit la guérison la plus complète possible, ce sont ceux qui font des fistules consécutives à des appendicites aiguës, à des traumatismes, et même, ajoutent-ils, à certains cas de tuberculose iléo-cœcale. Ce seront, disent-ils, des considérations relatives à l'âge et à la résistance du sujet qui pourront tempérer l'audace chirurgicale, beaucoup plus que de discuter si l'anse est malade ou saine.

La ligne de conduite de leur traitement est la suivante :

- 1° Transformer la fistule pyo-stercorale en fistule labiée;
- 2° Traiter la perte de substance de l'intestin lorsque la fistule n'est plus que stercorale. On pratiquera donc la plupart du temps une entérorraphie par voie intrapéritonéale. Cependant, dans certains cas, l'entérectomie est le seul traitement qui convienne aux vastes dimensions de la brèche et à la multiplicité des fistules. Malheureusement,

disent Guilleminet et Guérin, la plupart des auteurs considèrent cette intervention comme trop grave et préconisent la dérivation des matières soit par exclusion unilatérale ou bilatérale. Ces procédés de dérivation sont sévèrement rejetés par les deux Lyonnais; ils ne reconnaissent, disent-ils, que des indications exceptionnelles; ils ne suppriment pas la lésion et peuvent même gêner l'opération radicale entreprise ultérieurement. « Ils constituent donc un temps le plus souvent inutile, parfois nuisible. » Pour eux deux, un seul traitement : le traitement direct. Ils ne lui reconnaissent d'ailleurs que peu de contre-indications : l'impossibilité de transformer la fistule pyo-stercorale en fistule labiée, et le trop grand âge, ou un degré de cachexie trop avancé du sujet.

Dans la méthode directe, il faut aussi faire une place à la résection d'emblée suivie d'entérorraphie. Les avis sont partagés à son sujet et on trouve des statistiques aussi brillantes que malencontreuses.

D'après Okinczic, c'est bien une opération simple et relativement bénigne quand le clivage pariéto-colique peut se faire en tissu sain, mais grave et difficile quand l'infection a gagné le tissu rétropéritonéal.

*
**

Les opérations indirectes, elles aussi, ont leurs fervents défenseurs. Beaucoup de travaux publiés leur sont favorables, mais dans des circonstances bien limitées.

La simple anastomose a rendu beaucoup de services, mais actuellement elle est à peu près abandonnée parce que trop incomplète.

Le procédé de la dérivation suivie d'exclusion est employé par de nombreux auteurs, principalement dans des fistules de causes pathologiques, à la suite de tuberculose par exemple. « Toute intervention, dit Alglave, dirigée sur la fistule elle-même est vouée à l'échec avec une affection de nature essentiellement ulcéralive comme la tuber-

culose, qui ne régresse généralement par sclérose que sous l'influence du repos absolu accordé à l'anse intestinale frappée. » Et il préconise l'exclusion bilatérale. Si l'exclusion réussit, dit-il, on pourra pratiquer la résection de l'anse exclue, à condition que l'état général et l'état local le permettent.

L'exclusion unilatérale est considérée comme une intervention incomplète par beaucoup d'auteurs (Lecène et Leriche, Forgue). Cependant, entre les mains de Bérard et Patel elle a donné de bons résultats.

L'exclusion bilatérale semble remporter l'unanimité des suffrages, malgré l'opinion de l'Ecole lyonnaise.

Maubourguet a écrit aussi que l'anastomose sans exérèse constitue un procédé opératoire tout à fait insuffisant.

En somme, ils ne condamnent l'exclusion bilatérale que parce qu'on ne peut qu'exceptionnellement la faire suivre de résection. Cependant, cette opération a été souvent pratiquée avec succès, à condition de ne pas temporiser trop, car on risquerait, dit Okinczic, de se heurter à une barrière d'adhérences par trop massive. C'est aussi l'avis de Pierre Duval et de Baumgartner, et à cette condition ils la considèrent comme la meilleure opération dans les fistules larges de l'abdomen.

Il semble donc que les opérations de dérivation sont à employer dans des cas difficiles, et rebelles à des procédés plus directs. Elles peuvent amener la guérison là où d'autres procédés eussent été catastrophiques.

OBSERVATIONS

Nous n'avons voulu rapporter ici que les observations inédites que nous avons pu recueillir autour de nous.

De très nombreuses observations de fistules pyo-stercorales de la fosse iliaque droite sont rapportées dans les travaux que nous citons à la bibliographie.

OBSERVATION I (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Professeur PAPIN).

M^{me} F... (Marthe) a toujours joui d'une santé assez précaire.

Elle a déjà subi deux interventions pour hernie à treize et à trente-trois ans. Elle aurait, à la suite de la deuxième intervention, présenté un abcès qui aurait duré un mois.

En juillet 1936, la malade fait une crise appendiculaire opérée le 12 en clinique par le Docteur Lefèvre. On trouve un appendice perforé, on draine et on mèche. Un mois environ après, elle s'aperçoit que sa plaie opératoire qui depuis l'intervention avait toujours été le siège d'une minuscule fistule, suppure abondamment. Il s'agit probablement d'un abcès iliaque ouvert à la peau. Le traitement banal par des pansements s'avérant insuffisant l'abcès est curetté. Mais un nouvel abcès apparaît en octobre 1936. Le premier de ces abcès situé dans la région lombaire droite est ouvert à la peau; le deuxième est paraombilical. Ces abcès nécessitent deux interventions successives du Docteur Lefèvre qui en pratique le curettage. Néanmoins la suppuration persiste, et les deux abcès, l'un fistulisé au niveau de la plaie opératoire, l'autre au niveau de la fosse iliaque externe donnent abondamment. Le pus a un aspect bacillaire. L'état général décline rapidement, aussi la malade est-elle transatée à Feuillas dans le

Service du Professeur Rocher. Tous les examens aussitôt pratiqués pour dépister une imprégnation bacillaire sont négatifs. Cependant la radiographie montre des lésions de sacro-coxalgie droite. En avril, on constate une amélioration assez sensible de l'état général et les irrigations au Dakin semblent amener la plaie à se combler. Malheureusement en juin les choses se gâtent, la température remonte, la malade maigrit, et la fistule uniquement purulente jusqu'à cette époque devient franchement stercorale. Elle laisse passer du pus et des matières en abondance, c'est un véritable anus contre nature. La malade va ainsi rester neuf mois à Feuillas avec sa fistule. Cependant grâce aux soins son état général se relève nettement. Les matières passent en totalité par l'anús contre nature de la fosse iliaque.

La malade entre en novembre 1937 dans le Service du Professeur Papin à l'Hôpital Saint-André.

La fistule principale siège dans la fosse iliaque droite au niveau de la plaie opératoire. Elle s'ouvre par un orifice linéaire de cinq à six centimètres environ. Les bords en sont épais, infiltrés, mais non décollés. L'exploration digitale conduit incontestablement dans le cœcum. Elle laisse sourdre des matières en abondance, mais presque pas de pus.

A deux centimètres environ au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure existe une deuxième fistule de dimensions beaucoup plus réduites. Elle laisse sourdre un liquide séro-purulent. L'exploration au stylet se perd dans la paroi abdominale.

L'abdomen est assez souple et indolore. L'appétit est satisfaisant, les fonctions digestives s'accomplissent normalement, mais les matières sont toutes évacuées par la fistule. Les faux besoins d'aller à selle sont rares, impérieux et douloureux. Ils se produisent en moyenne tous les trois à quatre jours, et ne donnent jamais issue à du sang.

L'état général étant satisfaisant, la malade est opérée le 17 novembre par le Professeur Papin, sous anesthésie locale. Incision sous-ombilicale. On recherche le transverse et l'anse iléale la plus voisine du cœcum, mais on n'arrive pas jusqu'à celui-ci. On sectionne l'iléon et on fait une fermeture en bourse du prolongement distal. Puis, implantation iléo-trans-

verse termino-latérale. Section du transverse en amont et fermeture des deux bouts (exclusion bilatérale du colon droit).

Suites opératoires sans aucun incident. Les matières sont désormais évacuées toutes par les voies naturelles, et l'état général de la malade s'améliore.

Mais la paroi abdominale où s'ouvre la large brèche intestinale est toujours en mauvais état. Des décollements existent entre les muscles, qui nécessitent dans les mois suivants des mises à plat et des curettages. Peu à peu, avec des interventions successives, l'héliothérapie, etc., l'état de la paroi s'améliore. En mai 1938, l'ablation secondaire du segment intestinal exclu (hémicélectomie droite) va être pratiquée.

OBSERVATION II (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Docteur LEFÈVRE).

G... (J.), quarante-sept ans, chauffeur de taxis.

Entré dans le Service du Docteur Lefèvre, le 7 octobre 1936, pour crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Depuis dix-huit ans environ il se plaint par moments de douleurs épigastriques qu'il compare à des coups de couteau. Il aurait même présenté au moment de ces crises du melœna. L'état général est médiocre, le Mac Burney très net. Au toucher rectal on perçoit une masse lisse et fluctuante bombant dans le Douglas.

Le 21 octobre 1936, on pratique une incision par voie rectale et on évacue ainsi l'abcès pelvien.

Le 13 novembre, on intervient en incisant au niveau de Mac Burney, on trouve un cœcum très haut situé, mais il est impossible de découvrir l'appendice, lequel a été probablement amputé et évacué avec l'abcès pelvien. Ces deux interventions ayant nettement amélioré le malade il rentre chez lui.

Mais le 15 mars 1937, il rentre de nouveau dans le Service pour de nouvelles crises douloureuses, et est opéré d'un abcès pelvien. Il reste hospitalisé quelques temps, et reprend son travail.

En Janvier 1938, il se sent ballonné et présente des crises de douleurs gastriques très violentes qui finissent par se loca-

liser dans sa fosse iliaque droite. Le 2 février 1938, on intervient par laparotomie latérale droite et on tombe sur un abcès pelvien avec trois foyers purulents, on draine.

Mais depuis le 6 février le malade présente une importante fistule pyo-stercorale, véritable anus contre nature.

Il est actuellement chez lui mais doit rentrer incessamment à l'hôpital pour intervention.

Comme antécédents à relever on note une rougeole, une coqueluche, plusieurs bronchites, et même au dire du malade une pleurite.

OBSERVATION III (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Docteur RABÈRE).

B... (Jean), vingt-trois ans, cultivateur.

Amené d'urgence le 17 juillet 1937 dans le Service du Docteur Rabère, à Saint-André, pour appendicite aiguë. Peu de notes ont été prises à son sujet étant donnée la période des vacances. L'intervention pratiquée par le Docteur Darmaillac d'urgence fut laborieuse. Le malade resta hospitalisé quelques temps, mais désira rentrer chez lui quoique porteur d'une importante fistule pyo-stercorale. Cependant son état périliclitant assez rapidement il revint dans le Service en octobre et le Docteur Goumain tenta une cure radicale de sa fistule. Le malade fut assez amélioré. Il conserve cependant un suintement assez abondant au niveau de sa plaie opératoire. La question qui se pose est celle-ci : ou bien le malade s'accommodera de son état actuel; ou bien une intervention importante s'imposera.

OBSERVATION IV (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Docteur LOUBAT).

Service du Docteur Loubat, Hôpital des Enfants. Salle 4.

M... (Jean-Claude), vingt-six mois.

Entré le 29 mai 1937; sorti le 5 octobre.

Envoyé par le Docteur Ozier parce qu'il présentait de violentes douleurs abdominales.

Aucuns antécédents signalés. Plusieurs vomissements avant son entrée à l'hôpital. A l'examen douleurs très vives, ventre de bois.

Opération le 29 mai. On tombe sur une péritonite généralisée, avec appendice perforé. Appendicectomie et drainage au Miculickz. L'enfant présente alors des phénomènes de subocclusion avec constipation et ballonnement. La plaie se désunit progressivement. Le 8 juin, éviscération au moment du pansement. On remarque une perforation siégeant sans doute sur le cœcum, au centre d'une large zone sphacélée. En somme, il s'agit d'une large fistule cœcale avec issue de matières et de pus. On pratique alors une suture en bourse et on rentre l'intestin sous anesthésie. Les choses s'arrangent peu à peu au niveau de la paroi et on pratique une cure de la fistule. Postérieurement l'enfant présenta un œdème cutané généralisé avec azotémie. Enfin après une lente rétrocession la paroi finit par se fermer parfaitement, et l'enfant est actuellement très bien malgré quelques crises de coliques abdominales avec diarrhée.

OBSERVATION V (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Docteur LOUBAT).

H... (Manuel), sept ans. Service du Docteur Loubat, salle 8. Entré le 10 février 1930, sorti le 1^{er} mai 1931.

Envoyé par le Docteur Dubourg de La Bastide pour crises douloureuses de la fosse iliaque droite sans vomissements.

Antécédents : rougeole, bronchite et broncho-pneumonie.

Intervention d'urgence. On trouve un appendice rétro-cœcal dont l'extrémité est fixée en arrière et très haut. L'enfant présente aussitôt après une fistule pyo-stercorale. Le 6 juin on pratique un curettage et un nettoyage du trajet fistuleux. On fait une tentative négative de fermeture par voie postérieure, la fistule est trop en arrière. On l'enfouit en bloc dans un pli de la paroi cœcale. Le 14 juin, on incise et draine un phlegmon lombaire sous-cutané et on curette la fistule stercorale; les matières passent très abondamment. Le 29 juillet, on pratique une iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale.

Très bonnes suites immédiates, mais à partir du 2 août les matières recommencent à passer. Entre temps nouvel abcès lombaire. Le 23 octobre on pratique l'exclusion bilatérale, et depuis lors l'enfant va très bien.

OBSERVATION VI (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Service du Professeur Guyot. Dossier n° 36-121.

M^{me} L... (Françoise), cinquante-cinq ans, ménagère. Entrée le 18 février 1936, salle 32, lit n° 17.

Elle est envoyée par son Docteur parce qu'elle vient de présenter une crise d'appendicite aiguë. Il y a huit ans, elle a déjà présenté une forte crise ayant nécessité quinze jours de lit et de glace. L'année suivante deux autres crises d'allure plus bénigne.

Le 14 février 1936 elle est réveillée au milieu de la nuit par de violentes douleurs épigastriques avec sensations de coliques continues et de torsion. Les douleurs gagnent bientôt le flanc droit. Nausées, vomissements, diarrhée. Température 39°. A l'examen tout le ventre est douloureux et la fosse iliaque droite est occupée par un important plastron. Au toucher rectal on sent une masse bombant dans le cul-de-sac droit.

Opération : Dès l'incision il s'écoule un pus abondant et fétide. Drainage au Miculickz sans appendicectomie. Les suites paraissent normales mais la plaie suppure et le ventre est douloureux. La glace fait rentrer dans l'ordre, et on procède à l'appendicectomie. La malade rentre chez elle. Elle entre de nouveau à l'hôpital parce qu'au niveau de sa plaie opératoire elle présente de temps en temps des petits abcès fistulisés qui suppurent abondamment et laissent passer des matières. On intervient et on trouve une fistule cœcale assez importante que l'on ferme. Depuis tout va très bien.

OBSERVATION VII (Inédite).

(due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot).

Service du Professeur Guyot. Dossier n° 36-177.

M^{me} C... (Zélie), cinquante-sept ans. Entrée le 29 octobre 1936, salle 32, lit 12.

Elle entre dans le service pour abcès appendiculaire.

Depuis une quinzaine, elle présentait des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, température et diarrhée. Avec du repos et la diète, ces phénomènes s'amendent pendant quelque temps, mais reprennent bientôt avec encore plus d'intensité. La fosse iliaque droite est le siège de douleurs lancinantes et on constate l'existence d'un gros plastron occupant tout le flanc droit; on diagnostique une appendicite aiguë avec abcès.

A l'opération, on tombe sur une grosse collection purulente. C'est un abcès en bouton de chemise dont la partie profonde est en arrière du cœcum. Le pus est extrêmement fétide. On place un gros drain et on mèche au Miculickz.

Les suites opératoires s'avèrent bonnes, mais on constate l'existence de matières colorant les compresses. La température remonte, la langue est sèche, le pouls mal frappé. On donne des tonicardiaques et on pratique un abcès de fixation. Le 15, on ouvre l'abcès qui donne un liquide composé de débris graisseux et de pus. Tout rentre dans l'ordre, mais la température oscille encore légèrement.

La malade sort le 24 octobre 1936 sans que sa plaie soit complètement cicatrisée. Il subsiste une petite fistule laissant sourdre du pus et des matières. Elle s'expose quinze jours au soleil et la fistule se tarit momentanément. Mais bientôt la fistule réapparaît et donne abondamment.

Le 13 juin, elle rentre de nouveau à l'hôpital où nous avons perdu sa trace.

CONCLUSIONS

Les fistules pyo-stercorales après appendicectomie à chaud peuvent être classées en deux groupes : celles qui succèdent à une appendicite banale, celles qui sont la conséquence de lésions tuberculeuses de l'appendice ou du segment iléo-cœcal.

Les fistules pyo-stercorales après appendice banale sont généralement d'un pronostic favorable. Hormis les cas où il se produit progressivement un véritable anus contre nature, avec éperon (ce qui n'est plus une fistule), ces fistules pyo-stercorales de nature banale ont tendance à guérir progressivement, spontanément ou avec des moyens thérapeutiques simples.

Les fistules pyo-stercorales causées par des lésions tuberculeuses sont bien plus graves et n'ont pas de tendance spontanée à la guérison. Ainsi se trouve posé devant le chirurgien le problème du diagnostic de l'appendicite tuberculeuse avant l'intervention, et ce même problème le ventre ouvert au vu de lésions. Lorsque la bacilliose n'aura pas été diagnostiquée, c'est précisément l'apparition d'une fistule pyo-stercorale et son évolution rebelle qui feront songer rétrospectivement à la nature tuberculeuse des lésions.

Le traitement des fistules banales s'accommodera de procédés simples et il ne faudra pas se hâter d'intervenir.

Dans les fistules rebelles, il peut être recommandable d'essayer des procédés directs en cas de fistules labiées.

Mais quand il persiste une cavité pyogénique complexe, avec diverticules, entre l'ouverture intestinale et la peau, il nous paraît imprudent d'agir directement dans le foyer. A ces cas conviendront les méthodes indirectes par exclusion intestinale, celle-ci conduisant ensuite au cas de bacilliose à une résection secondaire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*
POUR LE DOYEN :
L'Assesseur,
LABAT

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 2 Mai 1938.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE (P.). — Au sujet du traitement des fistules stercorales de la région appendiculaire. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1921.
- BARROTT. — Discussion sur les fistules de l'appendice; fistule pyo-stercorale ayant pour point de départ un moignon d'appendice. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1907.
- BALDWIN. — Prophylaxie de la fistule stercorale après l'appendicectomie. *Ann. of Surgery*, mai 1932.
- BEHREND. — Fistule stercorale après appendicectomie. *Ann. of Surgery*, juillet 1932.
- BOUYALA (Jean). — A propos de fistules stercorales après opérations pour appendicite aiguë. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, n° 9, nov. 1933.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite.
- CARCASSONNE et LUCCIA. — Fistule spontanée d'origine appendiculaire. Séance du 18 mai 1936, in *Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, mai 1936.
- CONSTANTINI et DUBOUCHER. — Fistule cutanée stercorale de l'intestin grêle. Anastomose iléo-colique sur le colon transverse, puis résection de l'anse fistulisée. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923.
- DELGADO (Ferrer). — Traitement des fistules stercorales par les opérations de dérivation. *Thèse*, Montpellier, 1935-1936.

- DELORE. — Fistule pyo-stercorale de la fosse iliaque droite. *Lyon Chirurgical*, 1920.
- FOUCAULT (Albert). — Pansement des fistules stercorales. *L'Avenir Médical*, n° 10, décembre 1930.
- GUILLEMINET et GUÉRIN. — Considérations sur le traitement des fistules pyo-stercorales. *Lyon Chirurgical*, 1920.
- HALLOPEAU (P.). — Fistules stercorales lombaires du colon ascendant. Exclusion suivie d'hémi-colectomie. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1921.
- LENORMANT (C.). — Fistule stercorale de la région crurale, consécutive à une appendicite herniaire méconnue. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1920.
- LENORMAND. — Fistule stercorale consécutive à une appendicectomie. Opération extrapéritonéale. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923.
- PAUCHET (V.). — Cure des fistules stercorales par l'abouchement dans l'intestin. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, 1900.
- POTHERAT. — L'entérorraphie appliquée à la cure des fistules stercorales. *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1924.
-

Bordeaux. — Imprimerie E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.
